

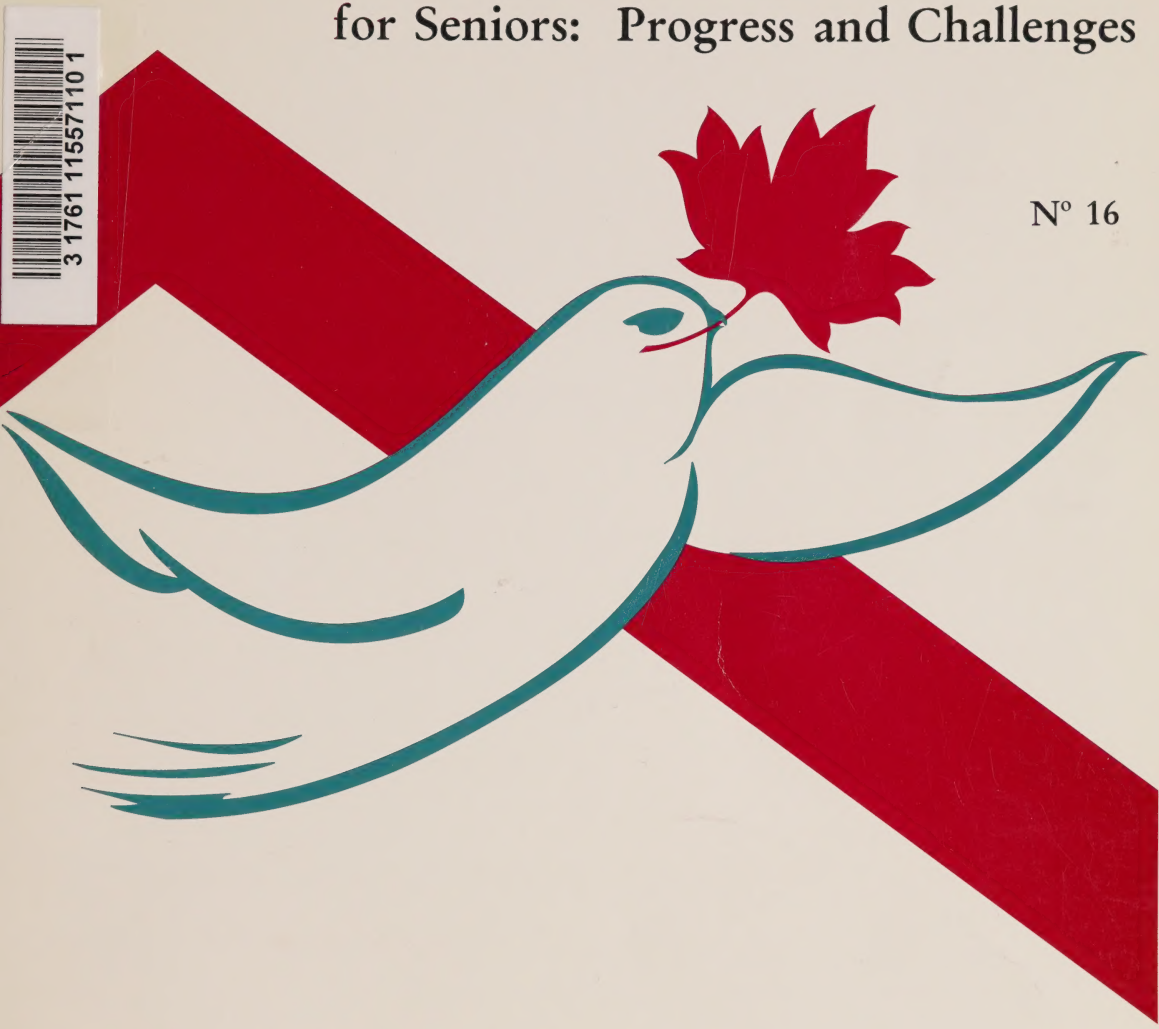
Canada


CA1  
HW 722  
-1995  
A16

# The NACA Position

on Community Services in Health Care  
for Seniors: Progress and Challenges

N° 16





Digitized by the Internet Archive  
in 2022 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115571101>

**THE NACA POSITION ON  
COMMUNITY SERVICES IN HEALTH CARE  
FOR SENIORS: PROGRESS AND CHALLENGES**

**This position was unanimously adopted by  
NACA members at the 41st Council Meeting,  
February 7-9, 1995**

**National Advisory Council on Aging**

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging  
OTTAWA, Ontario  
K1A 0K9  
Tel.: (613) 957-1968  
Fax: (613) 957-7627

John E. MacDonell, M.D., FRCP(C)  
Chairperson

Susan Fletcher  
Executive Director  
Seniors Directorate

The Seniors Directorate provides operational support to the National Advisory Council on Aging.

**THE NACA POSITION ON...** is a series of policy papers presenting NACA's opinions and recommendations on the needs and concerns of seniors and issues related to the aging of the population.

1st printing, 1995.

©Minister of Supply and Services Canada 1995  
Cat. No.: H-71-2/2-16-1995  
ISBN: 0-662-61701-0



## WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980, to assist and advise the Minister of Health on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

## MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

(as of February 9, 1995)

### Chairperson

John E. MacDonell

Inverness, Nova Scotia

### Members

Hortense Duclos

Montréal, Quebec

Gerald Hodge

North Vancouver, British Columbia

Bernice MacDougall

Estevan, Saskatchewan

Juliette Pilon

Sudbury, Ontario

Douglas Rapelje

Welland, Ontario

Patricia Raymaker

Calgary, Alberta

Médard Soucy

Baie-Comeau, Quebec

Mary Ellen Torobin

Gloucester, Ontario

Joyce Thompson

Charlottetown, Prince Edward Island

Paul Wong

Peterborough, Ontario



## NACA BELIEFS

NACA believes that:

- Canada must guarantee the same rights and privileges to all its citizens, regardless of their age.
- Seniors have the right to be autonomous while benefitting from interdependence and to make their own decisions even if it means 'living at risk'.
- Seniors must be involved in the development of policies and programs.
- Seniors must be assured of adequate income protection, universal access to health care, and the availability of a range of programs and services in all regions of Canada that support their autonomy. These policies and programs must take into account their individuality and cultural diversity.

## THE NACA POSITION IN BRIEF

In this report, NACA assesses the progress made in developing community services in health care for seniors across Canada and identifies impediments and gaps. This report is based on a review of recent policy literature as well as a telephone consultation with 42 informants, representing seniors' organizations, service-providers, provincial seniors advisory councils, provincial government officials and experts in the field of community care. NACA considered the progress made with respect to the following areas: decentralization of decision-making, planning and delivery of service; establishment of a coordinated system of care with a single point of entry; reallocation of resources to community-based care; elimination of fragmentation between medical and social services; the provision of a continuum of care that includes institutional care; and the provision of culturally-sensitive services. Based on the information gathered, NACA has formulated the following recommendations to improve community-based services for seniors.

To ensure that seniors' needs for community-based services are met in the context of decentralization of decision-making and service delivery, NACA recommends that:

**Provincial/territorial governments ensure that senior consumers be fully represented in local health decision-making and planning.**

**Provinces and territories provide a core package of services that covers the continuum of care in all regions and establish province-wide service standards and protocols.**

To provide community services in a manner that enhances quality of care and cost-effectiveness, NACA recommends that:

**Single-entry models of access to all services be made available in every community, to assure that seniors have access to the full continuum of care.**

**The federal and provincial/territorial governments direct public education efforts on the advantages for seniors and caregivers of the single-entry system of care.**

To assure that community-based services are adequately financed, NACA recommends that:

**Provincial/territorial governments allocate the funding required to meet the needs of each region for community-based services.**

**Provincial governments and regional health boards involve the community care sector as a full and equal partner in all health care decision-making and planning.**

To reduce the fragmentation between health and social services in many provinces, NACA recommends that:

**The federal government set national criteria governing accessibility and the provision of a core package of services for the transfer of funds to the provinces/territories for social and health-related services.**

To ensure that institutional facilities remain a viable option for seniors in the continuum of care, NACA recommends that:

**Provincial/territorial governments plan for an adequate number of places in long-term care institutions.**



Finally, to meet the service needs of seniors from ethnocultural minorities, NACA recommends that:

**The federal and provincial/territorial governments provide support and training to volunteers and voluntary associations that facilitate seniors' access to culturally-sensitive community health and social services.**

# **THE NACA POSITION ON COMMUNITY SERVICES IN HEALTH CARE FOR SENIORS: PROGRESS AND CHALLENGES**

## **INTRODUCTION**

Since its creation in 1980, the National Advisory Council on Aging (NACA) has recognized the importance of shifting the emphasis from institutional to community-based health care to meet the health needs of a growing seniors population. To guide the expansion of community-based services that had been recommended in many provincial reviews of health policy in the late 1980s, the Council published *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors* (1990). NACA strongly recommended that community-based services be recognized as an integral part of the health care system in providing care to an aging population because they prevent or delay institutionalization, promote the social integration of seniors, respond to their changing health needs in a flexible and holistic manner and provide support to informal caregivers.

Four years and a major economic recession later, the Honourable Diane Marleau, Minister of Health, asked the Council to advise her on "the gaps that may be created in the health care system in the transition from institutional to community care." NACA thus undertook to assess the progress made in developing community services across Canada and to identify impediments and gaps. Recent reviews and critiques of health policy were examined and a telephone consultation was conducted with 42 informants, representing seniors' associations, service-providers, provincial seniors advisory councils, provincial government officials and experts in the field of community care. Based on the information gathered, NACA has formulated specific recommendations to improve community-based services for seniors.

## **1. COMMUNITY-BASED SERVICES IN HEALTH CARE: THE ADVANTAGES**

Community-based services are services which are provided to persons living in the community to help individuals maintain or regain a maximum degree of autonomy and independence by addressing their physical, mental or social needs. These services broadly include information and referral services, co-ordination services, services of health professionals, as well as a variety of other support services (personal and social support, housing services, health promotion, respite services and transportation).<sup>1\*\*</sup> These services are organized, funded and delivered from a base in the community.<sup>2</sup> Community-based services can be less costly substitutes for hospitalization and long-term institutional care,<sup>3</sup> they constitute a more appropriate response to the chronic disabilities experienced by many seniors and, most importantly, they respect the wish of most seniors to age at home, or to "age in place" as long as possible.

Participants in the consultation conducted by NACA in 1994 reaffirmed that community-based services contribute to seniors' quality of life in several ways; for example:

- By remaining in their own homes, seniors retain their self-assurance and decision-making power; this sense of control reduces stress and provides peace of mind
- Because the home is a normal life setting, it promotes the maintenance of valued contacts with family members and friends

---

**\*\* All notes are presented at the end of the text**

- By continuing to live in the same neighbourhood and cultural milieu, seniors retain a sense of security and of belonging that helps them feel socially integrated, despite disabilities.

## **2. THE EVOLUTION OF COMMUNITY-BASED CARE**

At its inception in the early 1970s, Canada's health care system was oriented to curing illness through hospital care and medical services. Insured care for persons with disabilities or chronic diseases was provided through placement in long-term care institutions (e.g., nursing homes, chronic hospitals). The provinces soon realized that this model of care was not appropriate for the growing number of seniors with functional disabilities: not only was the addition of more long-term care hospital beds costly, but also demands for care in the community on the part of seniors and their advocates became more insistent.

In the late 1970s, the provinces implemented programs of community-based services, not by reallocating resources from the acute-care sector, but by adding new money.<sup>4</sup> Because support services were generally not considered medically necessary, most provinces developed a system combining universally insured health services and means-tested social services, partially covered by the Canada Assistance Plan. Typically, the health and social components were delivered by different ministries or by different branches within a ministry.

The following decade was marked by a dramatic change in the federal-provincial funding arrangements for health care and by the beginning of a gradual reduction in federal transfer payments for health care. Under the *Established Programs Financing Act* (1977), the provinces obtained greater flexibility to allocate health care resources other than strictly to hospitals and medical services; on the other hand, provinces were obliged to finance an increasingly larger share of their health care expenditures. The rising costs of the health care system, demographic pressures,



lobbying from seniors' groups and the availability of research suggesting cost-effective service alternatives led to major reviews and plans for health reform in all provinces.

Plans for health reform have been remarkably similar in all provinces and are consistent with the health care needs of an aging population.<sup>5</sup> Indeed, with respect to the care of seniors, all policy reports stress the values of independence, self-determination, security and social integration. Common proposals touching community-based health care include:

- Decentralizing decision-making, planning and delivery of service
- Establishing a co-ordinated system of health and social care with a single-entry point
- Reallocating resources to shift the focus to community-based from institutional care
- Eliminating fragmentation between health and social services
- Assuring a continuum of care that includes institutional care.

These proposals are driven by overarching policy goals common to all jurisdictions. These include improving the effectiveness and efficiency of health care, contributing to the maintenance of good health, meeting demands for greater patient and citizen participation in decision-making<sup>6</sup> and making the process of priority-setting and resource allocation more transparent and accountable.<sup>7</sup>

### **3. RECENT DEVELOPMENTS: A REPORT CARD**

Through consultation and review of pertinent reports, NACA has identified the progress made relative to these provincial policy proposals and some of the challenges that remain.

#### **3.1 Decentralization of health care decision-making and delivery**

Participants in NACA's consultation confirmed that most provinces have put in place, or are proposing to put in place, regional health boards. The creation of health boards is designed to decentralize health care delivery and to enhance consumer participation. Many participants pointed out the importance of having the decision-making process closer to the community. Consumers' participation in the regional health boards is also seen positively. Nevertheless, concern was expressed that consumers sitting on these boards will have less real power than service-providers or administrators. Another fear is that regionalized decision-making will lead to unequal access to services, or to unequal standards of service.<sup>8</sup>

To ensure that regionalization of health care fulfils the principal objectives of community empowerment,

**NACA recommends that:**

**Provincial/territorial governments ensure that senior consumers be fully represented in local health decision-making and planning.**

To ensure that the right of all Canadians to equal care is respected in the process of regionalization,

**NACA recommends that:**

**Provinces and territories provide a core package of services that covers the continuum of care in all regions and establish province-wide service standards and protocols.**

### **3.2 Single-entry model of care**

The single-entry model of service co-ordination is considered a ‘best practices’ system because it is a cost-effective approach that improves the flexibility, continuity and quality of care for clients.<sup>9</sup> By using an individualized approach with each client, co-ordinated service agencies help seniors and their caregivers understand their needs, set service goals and gain appropriate and timely access to the full range of service options available in the community. A single-entry model of long-term care has been introduced (e.g., British Columbia, New Brunswick, Alberta, Manitoba), or is being introduced (e.g., Ontario, Prince Edward Island) in various provinces.

Those who were consulted by NACA are generally pleased with this development because it will lead to better service co-ordination and provide the capacity to meet individual needs promptly and appropriately. There are apprehensions in some provinces, however, which may be appeased once the central co-ordination of services is fully implemented. For instance, concern was expressed that seniors who do not live in a town where a single-entry system is located will not be well served. Another concern was that the single-entry-point structure is very bureaucratic and that seniors may lose their power to make their own choices once they are ‘in the system’.<sup>10</sup> This fear may be accentuated by proposals to make the single point of entry not only a co-ordinating body but the chief agency responsible for the delivery of services.<sup>11</sup> Thus,

**NACA reiterates the recommendation it made in 1990, to the effect that:**

**Single-entry models of access to all services be made available in every community, to assure that seniors have access to the full continuum of care.**

To help alleviate fears and suspicions which may impede their acceptance and use,

**NACA recommends that:**

**The federal and provincial/territorial governments direct public education efforts on the advantages for seniors and caregivers of the single-entry system of care.**

### **3.3 Funding of community-based services**

Community-based services are a small component of health care expenditures; they are estimated to account for 2-4 percent of total provincial monies allocated for hospitals, institutions and community care.<sup>12</sup> Although provinces have increased their community care budgets to some extent, there is as yet no evidence that there has been a significant reallocation of funds to the community sector, despite clear recommendations to this effect made in health policy reports.<sup>13</sup>

Concerns regarding the adequacy of funding of community-based services were raised by several persons consulted by NACA. Cut-backs to hospital and institutional services are apparent, but the corresponding financial support for the extension and strengthening of community care is not evident. The concern expressed in the consultation is echoed by gerontologist Neena Chappell as follows: "If medical care is cut back without an expansion of community care, seniors are left not with a new health care system, simply a less adequate old one."<sup>14</sup> Also concerned about such an occurrence, the Queen's - University of Ottawa Economic Project on the Cost-



Effectiveness of the Canadian Health Care System advised that "community and alternative services should be in place before hospitals are closed down. This will ensure that patients will have access to necessary services . . . ." <sup>15</sup>

NACA has evidence that efforts to extend community services without sufficient extra funding are leading to a reduction of service to individual clients. The 1993-94 Annual Report of the Seniors Advisory Council for Alberta observes that:

Although funding for the Home Care Program has increased, it still falls short of what is needed. The Home Care Program is being asked to take on a greater variety of clients, including younger disabled persons, handicapped children and early discharges from acute care hospitals. In some cases, this has resulted in assistance being denied to older people who need support services but who are not at immediate risk of institutionalization. <sup>16</sup>

In the same vein, a senior executive of a home care company that provides service in seven provinces notes that:

In many provinces, provider agencies have noticed that governments are buying less care per client (in terms of hours of service or professional visits) although agencies are serving many more clients than a few years ago. <sup>17</sup>

One consequence of inadequate provision of community care to compensate for cut-backs in hospital services is poor after-care for patients discharged from hospitals. This problem was noted during NACA's consultation and was mentioned again by the Seniors Advisory Council for Alberta. <sup>18</sup>

Another negative effect is an increase in the burden of care borne by informal caregivers, who already assume about 80% of seniors' care needs. <sup>19</sup> Failure to provide adequate community-based services will increase health care costs in the long run. First, the physical and mental strain of caregiving engenders greater use of

health care services among caregivers.<sup>20</sup> Second, overburdened caregivers who do not receive the support of formal community services withdraw from caregiving, leaving no recourse other than institutionalization for the senior care recipient.<sup>21</sup>

Some explanations of the failure to reallocate savings realized in the institutional sector to community care have been suggested. One is that the rhetoric of health care reform masks the real intention to off-load care of frail seniors onto the family—mainly women—as a way of controlling the costs of an aging population.<sup>22</sup> A second is that savings gained from cut-backs to hospitals and other institutions are eaten up by rising drug expenditures.<sup>23</sup> The final explanation given is that, as a minor player in terms of budget and status, the community care sector is not well represented in health care decision-making. Thus, the impact on community services of measures such as hospital or long-term bed closures is not adequately considered and resources are not redistributed accordingly to community services.<sup>24</sup>

Provincial governments must allocate greater resources to community services if they mean to achieve the desired health reform. The barriers to funding adequacy must be addressed. Although funding increases are necessary, no set funding target can be suggested because the level of funding required depends on the needs for care in the community.

**NACA recommends that:**

**Provincial/territorial governments allocate the funding required to meet the needs of each region for community-based services.**

**Provincial governments and regional health boards involve the community care sector as a full and equal partner in all health care decision-making and planning.**

### **3.4 Service fragmentation**

Another concern raised in NACA's consultation is the fragmentation between medical services and social services, which is reflected in wide disparities among provinces/territories in the services available. A primary reason for this fragmentation lies in the differences in the federal-provincial arrangements for health and social services. In contrast to health care, there is no common core of services available in each province through the Canada Assistance Plan (CAP) nor are there uniform criteria for eligibility for social services.

The federal government has indicated that it is considering block funding for health, social services and education. Block funding to the provinces/territories without national criteria could lead to further disparities, as provinces/territories would be completely free to determine the allocation of the federal transfers. In the public discussion paper on Social Security Reform, the federal government affirmed its commitment to "protect the funding of a wide range of vital social services, including services for seniors and health-related spending."<sup>25</sup> This commitment could be fulfilled by making funding for social and health-related services conditional on the provinces' meeting federal requirements to provide core services with similar criteria for access in every region.

**NACA recommends that:**

**The federal government set national criteria governing accessibility and the provision of a core package of services for the transfer of funds to the provinces/territories for social and health-related services.**

### **3.5 Long-term care facilities**

Seniors aged 85+ represented 9% of the population aged 65+ in 1991. By 2011, they will constitute 13% of the senior population. Currently, an estimated 23% of

men and 36% of women 85 and older reside in institutional settings.<sup>26</sup> Improvements in education and income (and possibly in health status) among future cohorts of seniors may decrease the proportion who require institutionalization.<sup>27</sup> Similarly, the development of an effective community-based system of care may slow the rise in demand for institutional placement or even decrease the demand.<sup>28</sup> Nevertheless, it is likely that the need for long-term care facilities will grow as the sheer number of older seniors increases: it is estimated from demographic and health trends that the number of seniors requiring institutional care will rise from 195,080 in 1986 to 312,300 in 2011.<sup>29</sup>

Provinces have been limiting the growth of long-term care facilities to control health care expenditures. There is a danger that this trend may result in an insufficient number of institutional beds for seniors who are too disabled to remain in the community. The participants in NACA's consultation were concerned that the emphasis on community care could lead to an insufficiency of high-quality long-term care facilities. This concern was especially strong in rural communities.

**NACA recommends that:**

**Provincial/territorial governments plan for an adequate number of places in long-term care institutions.**

#### **4. MEETING THE NEEDS OF SENIORS FROM ETHNOCULTURAL MINORITIES**

Since the introduction of the policy of family reunification in immigration, the number of seniors from ethnocultural minorities has increased. About 17% of Canadian seniors were born outside Canada. In the population of Canadian residents who speak neither English nor French, 55% are 45 and older.<sup>30</sup> Language barriers, religious and cultural differences, and economic dependency conspire to reduce the access of seniors from ethnocultural minorities to community-based health and social services. This is



especially the case outside major urban centres and among less well-represented or established ethnic groups.

Participants in NACA's consultation observed that improving the access of minority-group seniors to community-based services typically is limited to providing services in the seniors' language, in particular, information and referral services. Mainstream community service agencies in large urban centres may provide ethnoculturally sensitive services if staff have received training in responding appropriately to individuals from minority groups or if the staff includes members of ethnocultural groups. If an ethnic population is sufficiently large, ethno-specific services may be developed with a large measure of financial and volunteer support from the ethnic community.

To address the needs of seniors from ethnocultural minorities, NACA recommended in *The NACA Position on Gerontology Education* (1991) that pre-employment and continuing education programs in gerontology/geriatrics include education on ethnocultural issues and that grants or scholarships be made available to train health and social service personnel from ethnocultural minorities to serve seniors. These recommendations remain pertinent to ensure the access of minority-group seniors to community services. Recognizing that the success of both ethno-specific and ethnoculturally-sensitive mainstream services depend upon the willing participation of many volunteers from ethnocultural communities,

**NACA further recommends that:**

**The federal and provincial/territorial governments provide support and training to volunteers and voluntary associations that facilitate seniors' access to culturally-sensitive community health and social services.**

## CONCLUSION

In reviewing the progress made in implementing community-based services for an aging population, NACA was pleased to note the consistency in the stated policy directions of all provinces/territories and the development of certain key elements, in particular, regional health boards and single-entry points to the service network. Nevertheless, the Council is concerned that resources are not being reallocated from other sectors of health care to adequately expand and strengthen community-based services, and that the availability of and access to the non-health components of care—which are often the most important services to maintain independent living—is uneven in most provinces/territories.

In *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors* (1990), the Council affirmed that, to effectively meet the changing health needs of an aging population, the three service sectors, i.e., informal, community-based and institutional (acute and long-term), must be recognized as complementary to one another and integral and equally important parts of a complete service delivery system. Present evidence gathered from reports and from the consultation with seniors, service-providers, government officials and experts suggests that the community-based sector is not growing in tandem with the cut-backs in the institutional sector; this may lead to an overreliance on the informal sector that is already heavily burdened.

Health reform means more than controlling costs to achieve an affordable health care system. It means providing appropriate and effective care that is responsive to the changing needs of Canadians. NACA urges provincial/territorial governments to follow through on their commitment to expand and strengthen community-based services while maintaining sufficient institutional services for seniors. The Council also encourages the federal government to use its leadership and financial leverage to support the provinces/territories in this task.

## NOTES

- 1) A more detailed listing of community-based services is as follows:

**information and referral services**

**co-ordination services**

**services of health professionals:** includes namely physicians, home care nurses, physiotherapists, speech therapists, occupational therapists, podiatrists, nutritionists and social workers

**personal support services:** homemaking (meal preparation, meals-on-wheels, wheels-to-meals, laundry, cleaning, home and yard maintenance), shopping, banking

**personal care:** help with dressing, bathing, eating and moving about

**social support:** social or recreational services, friendly visiting, reassurance calls or visits

**supportive housing:** homesharing, congregate housing, garden suites

**health promotion/prevention services:** group fitness activities, personal development and health education programs

**caregiver support services:** adult day care, overnight or other temporary care in an institutional setting or at home, caregiver support groups, counselling or training programs

**transportation services:** adapted transportation for disabled persons, transportation clubs

National Advisory Council on Aging. *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors*. Ottawa: 1990.

- 2) A distinction is made between community-based services and institutional outreach services which, like community-based services, are delivered in the community but are organized, funded and delivered from a hospital or other institutional facility. Because these outreach services are part of an institutional budget, they are vulnerable to funding pressures in other parts of the institution (for instance, a hospital can decide to reallocate funds from its home nursing program to the cardiology unit). Outreach services are also deemed to be less sensitive to community needs than community-based services.
- 3) A study of the cost-effectiveness of residential, community and home-based services led Marcus Hollander to conclude that "community-based services can be cost-effective in a properly structured system of service delivery."

Hollander, M.J. *The Costs and Cost-effectiveness of Continuing-care Services in Canada*. Working paper. Project on the Cost-effectiveness of the Canadian Health Care System. Queen's - University of Ottawa Economic Projects, 1994.

- 4) Shapiro, E. Community and long-term health care in Canada. In *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, Blomqvist, A. and D.M. Brown (ed.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994: 327-362.
  
- 5) Béland, F. and E. Shapiro. Ten provinces in search of a long term care policy. In *Aging: Canadian Perspectives*, Marshall, V. and B. McPherson (ed.). Peterborough: Broadview Press, 1994: 245-261.
  

Mhatre, S.L. and R.B. Deber. From equal access to health care to equitable access to health: A review of Canadian provincial health commissions and reports. *International Journal of Health Services*, 22, 4, (1992): 645-668.

  
- 6) Hurley, J., Lomas, J. and V. Bhatia. When tinkering is not enough: Provincial reform to manage health care resources. *Canadian Public Administration*, 37, 3, (1994): 490-514.
  
- 7) Angus, D.E. et al. *Sustainable Health Care for Canada*. Synthesis Report. Project on the Cost-effectiveness of the Canadian Health Care System. Queen's - University of Ottawa Economic Projects, 1995.
  
- 8) The delivery of health and social services has been decentralized in Quebec for several years in the Centres locaux de services communautaires (CLSCs). In his December 1994 report, the Auditor General of Quebec criticized the absence of uniform standards of community care provided by the CLSCs. For instance, there are differences in the number of weekly hours of home care provided, as well as in the qualifications of persons responsible for providing care.
  

Vérificateur général du Québec. *Rapport du Vérificateur général du Québec*. Québec: 1994.

  
- 9) Hollander, M.J., *op. cit.*
  

A series of studies of community health services in Southern Ontario demonstrated that "a recurring pattern of lower expenditures for community health service utilization and equal or better client outcomes was associated with well-integrated proactive services when compared to individual fragmented, reactive approaches to care."

Browne, G. et al. *More Effective and Less Expensive: Lessons from Five Studies Examining Community Approaches to Care*. Working Paper 93-11. Hamilton: System-Linked Research Unit, McMaster University, 1993.

  
- 10) In the words of one participant, "seniors are afraid that once they are pulled into the system through the single-entry points they will not be able to get out of it and will end up being institutionalized."



- 11) Ontario passed legislation in 1994 to create multi-service agencies (MSAs) throughout the province that will provide a wide range of community health and social services. At least 80% of services will be provided directly by the MSAs, with the remainder purchased by the MSAs from other non-profit or commercial agencies.
  - 12) Shapiro, E., *op. cit.*
  - 13) Shapiro, E., *op. cit.*

Chappell, N. *Health Reform--Implications for Informal Caregivers*. Unpublished report. Consultative Committee on Social Policy, 1993.

Evans, R. *There and Back Again: Coming Home from Hospital*. Keynote presentation to the Canadian Association on Gerontology. Winnipeg: 1994.
  - 14) Chappell, N., *op. cit.*
  - 15) Angus et al., *op. cit.*
  - 16) Seniors Advisory Council for Alberta. *Annual Report 1993-94*. Edmonton: 1994.
  - 17) Personal correspondence from Lewis Nickerson, Vice-President Administration, Comcare Canada, July 29, 1994.
  - 18) "In one major urban area, some 'at risk' older persons have been discharged prematurely from active treatment hospitals before satisfactory care arrangements were made, and with family members being told that they must now be responsible. Older adults from rural areas have been discharged after very short stays from urban hospitals without adequate information being provided to the rural services (hospitals and home care programs) who need to provide ongoing care."
- Seniors Advisory Council for Alberta, *op. cit.*
- 19) Canada Seniors. *Ageing and Independence: Overview of a National Survey*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1991.
  - 20) The Canadian Study of Health and Aging. Patterns of caring for people with dementia in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 13, 4, (1994): 470-488.

Zarit, S.H., Reeve, K.E. and J. Bach-Peterson. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 4, (1980): 649-655.
  - 21) Shapiro, E., *op. cit.*

- 22) Chappell, N., *op. cit.*  
  
Rosenthal, C.J. Editorial: Long-term care reform and 'family' care: A worrisome combination. *Canadian Journal on Aging*, 13, 4, (1994): 419-422.
- 23) Evans, R., *op. cit.*
- 24) Shapiro, E., *op. cit.*
- 25) Human Resources Development Canada. *Improving Social Security in Canada: A Discussion Paper*. Ottawa: 1994.
- 26) Statistics Canada. *Profile of Canada's Seniors*. Catalogue No. 96-312 E. Ottawa: 1994.
- 27) Carrière Y. and J. Légaré. Vieillissement démographique et institutionnalisation des personnes âgées: des projections nuancées pour le Canada. *Cahiers québécois de démographie*, 22, 1, (printemps 1993): 63-92.
- 28) The Planning and Resource Allocation Framework developed in British Columbia in 1989 pro-actively reallocated future resources from residential to community-based services. This approach resulted in a reduction of bed utilization from 71.6 beds per 1,000 in the 65+ population in 1983-84 to 57 beds in 1991-92 while waiting lists have remained fairly steady. Conversely, there was an increase in community-based clients from 89.5 per 1,000 in the 65+ population in 1983-84 to 115 in 1991-92.  
  
Hollander, M.J., *op. cit.*
- 29) Rosenberg, M.W. *Health, Housing and Social Support for an Aging Population in 2011: An Assessment Using CEPHID*. Unpublished report. Ottawa: Policy and Consultation Branch, Health Canada, 1994.
- 30) Among all persons in Canada unable to speak English or French, 26% are aged 45-64, and 29% are 65+.  
  
Statistics prepared from the 1991 Census Public Use Microfile by Policy Coordination and Strategic Planning, Citizenship and Canadian Identity, Canadian Heritage.

**POSITION PAPERS  
OF THE  
NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING**

7. The NACA Position on the Goods and Services Tax, February 1990.
8. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors, February 1990.
9. The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement, September 1990.
10. The NACA Position on Lifelong Learning, October 1990.
11. The NACA Position on Gerontology Education, December 1991.
12. The NACA Position on Managing an Aging Labour Force, February 1992.
13. The NACA Position on Canada's Oldest Seniors: Maintaining the Quality of their Lives, January 1993.
14. The NACA Position on the Image of Aging, February 1993.
15. The NACA Position on Women's Life-Course Events, September 1993.
16. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors: Progress and Challenges, March 1995.

## ACKNOWLEDGEMENTS

The Council acknowledges with thanks the contribution made to *The NACA Position on Community Services for Seniors: Progress and Challenges* by the staff of the Seniors Directorate.

**Research:** Louise Plouffe

**Editing:** Francine Beauregard  
Stan Swaren  
André Vermette

**Formatting:** Josée Mongeon



## MEMORANDUM



## REMERCIEMENTS

Le Conseil remercie le personnel de la Direction des aînées et aînés pour sa contribution à l'élaboration de *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s: progrès et défis*.

**Recherche:** Louise Plouffe

**Révision:** Francine Beauregard

Aline Dubois  
Michèle Quenneville

**Présentation:** Josée Mongeon

## POSITIONS DU

### CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés, février 1990.
9. La position du CCNTA sur l'aide informelle: soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CCNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CCNTA sur la formation en gérontologie, décembre 1991.
12. La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada: maintenir la qualité de la vie, janvier 1993.
14. La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement, février 1993.
15. La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes aînées, septembre 1993.
16. La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s: progrès et défis, mars 1995.



Dans la population de personnes au Canada qui ne parlent ni français ni l'anglais, 29 % ont 65 ans et plus, tandis que 26 % ont entre 45 et 64 ans.

Statistiques produites à partir des données du Recensement de 1991 par Patrimoine Canada.

- 19) Seniors Advisory Council for Alberta, *op. cit.*: 8.  
Canada. Les aîné(e)s. *Autonomie et vieillissement: aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1991.
- 20) Etude sur la santé et le vieillissement au Canada. *Patterns of caring for people with dementia in Canada. Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 13, 4, (1994): 470-488.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. et J. Bach-Peterson. *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist*, 20, 4, (1980): 649-655.
- 21) Shapiro, E. *op. cit.*
- 22) Chappell, N. *op. cit.*
- Rosenthal, C.J. Long-term care reform and 'family' care: A worrisome combination. Editorial du *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 13, 4, (1994): 419-422.
- 23) Evans, R. *op. cit.*
- 24) Shapiro, E. *op. cit.*
- 25) Développement des ressources humaines Canada. *La sécurité sociale dans le Canada de demain*. Document de travail. Ottawa: 1994: 91.
- 26) Statistique Canada. *Profil des personnes âgées au Canada*. N° de catalogue 96-312 F. Ottawa: 1994.
- 27) Carrière, Y. et J. Légaré. Vieillesse et démographie et institutionnalisation des personnes âgées: des projections nuancées pour le Canada. *Cahiers québécois de démographie*, 22, 1, (printemps 1993): 63-92.
- 28) La Colombie-Britannique a élaboré en 1989 un cadre de référence proactif sur la planification et l'allocation de ressources. En vertu de ce dernier, les services communautaires reçoivent des ressources auparavant destinées aux établissements. Cette démarche a permis de réduire le coefficient d'utilisation de lits de 71,6 lits par 1 000 aîné-e-s de 65 + ans en 1983-1984 à seulement 57 lits en 1991-1992, tout en maintenant la liste d'attente sensiblement inchangée. En contrepartie, le nombre d'utilisateurs de services communautaires parmi la population aînée est passé de 89,5 par 1 000 aîné-e-s en 1983-1984 à 115 en 1991-1992.
- Hollander, M.J., *op. cit.*: 129-130.
- 29) Rosenberg, M.W. *Health, housing and social support for an aging population in 2011: An assessment using CEPHID*. Rapport non-publié préparé pour la Direction des politiques et de la consultation, Santé Canada, 1994.

- 9) Hollander, M.J., *op. cit.*
- Un série d'études sur les services de santé communautaires dans le Sud de l'Ontario ont associé des coûts d'utilisation moindres et des résultats sur la santé égaux ou meilleurs à des services bien intégrés (par opposition à des services passifs et fragmentés).
- Browne, G. et al. *More effective and less expensive: Lessons from five studies examining community approaches to care*. Document de travail n° 93-11. Hamilton: System-Linked Research Unit, McMaster University, 1993.
- 10) Comme le disait un des participants, «les aîné-e-s ont peur qu'une fois qu'ils auront été 'happés' par un des guichets uniques, ils ne pourront en sortir et finiront dans un quelconque établissement de santé.»
- 11) L'Ontario a voté une loi en 1994 sur la création d'organismes de multiriservices (OMS) à l'échelle de la province qui offriront une vaste gamme de services communautaires de santé et de services sociaux. Au moins 80 % des services seraient offerts directement par les OMS, tandis que les OMS achèteraient les autres 20 % d'organismes commerciaux ou sans but lucratif.
- 12) Shapiro, E., *op. cit.*
- 13) Shapiro, E., *op. cit.*
- Chappell, N. *Health reform — Implications for informal caregivers*. Rapport non publié. Préparé pour le Consultative Committee on Social Policy en décembre 1993.
- Evans, R. *There and back again: Coming home from hospital*. Texte de la conférence principale devant l'Association canadienne de gériatologie, le 16 octobre 1994. Winnipeg: 1994.
- 14) Chappell, N. *op. cit.*: 16.
- 15) Angus, D. et al. *op. cit.*: 117.
- 16) Seniors Advisory Council for Alberta. *Annual Report 1993-94*. Edmonton: 1994.
- 17) Correspondance personnelle avec M. Lewis Nickerson, vice-président de l'administration, Comcare Canada, le 29 juillet 1994.
- 18) «Dans une grande région urbaine, certains aîné-e-s 'en situation de risque' ont reçu un congé prématuré de leur centre hospitalier avant que des arrangements satisfaisants concernant leurs soins n'aient été faits. De plus, les membres de leurs familles ont été avisés qu'ils en étaient désormais responsables. Certains adultes âgés, provenant de régions rurales, ont aussi reçu leur congé après un très court séjour à l'hôpital dans un centre urbain, sans que les renseignements médicaux pertinents n'aient été transmis aux services de santé ruraux (hôpitaux ou services de soins à domicile) qui devront pourtant leur apporter les soins qui s'imposent.»

- 3) Une étude sur l'économie des services résidentiels, communautaires ou domiciliaires a permis à Marcus Hollander de conclure que «les services communautaires peuvent être économiques au sein d'un système de prestation de services convenablement structuré.» [traduction libre]  
Hollander, M.J. *The costs and cost-effectiveness of continuing-care services in Canada*. Ébauche d'un mémoire préparé dans le cadre du Project on the Cost-effectiveness of the Canadian Health Care System, Projets économiques des universités d'Ottawa et Queen's, juin 1994.
  - 4) Shapiro, E. *Community and long-term health care in Canada*. Dans Limits to care: Reforming Canada's health system in an age of restraint. Blomqvist, A. et D.M. Brown (éd.). Toronto: C.D. Howe Research Institute, 1994: 327-362.
  - 5) Bêland, F. et E. Shapiro. *Ten provinces in search of a long-term care policy*. Dans Aging: Canadian perspectives. Marshall, V. et B. McPherson (éd.). Peterborough: Broadview Press, 1994: 245-261.
  - Minhate, S.L. et R.B. Deber. From equal access to health care to equitable access to health: A review of Canadian provincial health commissions and reports. *International Journal of Health Services*, 22, 4, (1992): 645-668.
  - 6) Hurley, J., Lomas, J. et V. Bhatia. When tinkering is not enough: Provincial reform to manage health care resources. *Canadian Public Administration*, 37, 3, (1994): 490-514.
  - 7) Angus, D.E. et al. *Sustainable health care in Canada*, rapport de synthèse du Project on the Cost-effectiveness of the Canadian Health Care System, Projets économiques des universités d'Ottawa et Queen's, 1995.
  - 8) Décentralisée depuis plusieurs années, la prestation des services de santé et des services sociaux au Québec est assurée en partie par les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans son rapport déposé en décembre 1994, le Vérificateur général du Québec a critiqué l'absence de normes pour les services communautaires fournis par les CLSC. Par exemple, il existe des différences dans le nombre d'heures de soins à domicile offertes ainsi que dans les qualifications des fournisseurs de soins.
- Vérificateur général du Québec. *Rapport du vérificateur général à l'Assemblée nationale*. Québec: Les publications du Québec, 1994.

autres services de l'établissement (par exemple, un hôpital pourrait décider de réallouer des fonds destinés à son service de soins à domicile en faveur de son service de cardiologie). Les services de rayonnement ont aussi la réputation d'être moins attentifs aux besoins réels de la collectivité que les services communautaires.

Parmi les différents services communautaires, on trouve notamment les suivants:

1)

Services d'information et de référence

Services de coordination

**Les services des professionnels de la santé**, ceux que dispensent entre autres les médecins, les infirmières de soins à domicile, les physiothérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les podologues, les diététiciens et les travailleurs sociaux.

**Les services de soutien personnel**, qui regroupent les services domestiques comme la préparation de repas, la livraison de repas préparés, le déplacement vers les repas communautaires, la lessive, le ménage, l'entretien de la maison et de la propriété, ainsi que les services de magasiner et de transactions bancaires.

**Les services personnels**, permettant d'aider les aîné-e-s à se vêtir, à se laver, à manger ou à se déplacer.

**Les services de soutien social**, comprenant les services sociaux ou récréatifs, les visites amicales et les visites ou appels de réconfort.

**Les services de soutien au logement**, incluant les programmes de partage et de regroupement de logements et les maisons-jardins.

**Les services de promotion de la santé et de prévention**, comprenant les activités de conditionnement physique en groupe, de développement personnel et les programmes d'éducation sur la santé.

**Les services d'appui aux aidants naturels**, permettant d'offrir la garde pour adultes, un bref séjour dans un établissement de santé pour les aîné-e-s ou la prestation de soins à domicile, des programmes de groupes de soutien pour les aidants, des services de conseils et des programmes de formation.

**Les services de transport**, permettant d'offrir du transport adapté aux personnes handicapées et de former des clubs de transport.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés*. Ottawa: 1990: 8, 13-14.

2)

On doit distinguer les services communautaires véritables des services de rayonnement mis sur pied par les divers établissements. Ces derniers, s'ils s'adressent à la collectivité avoisinante comme les services communautaires, sont toutefois organisés, financés et offerts par des hôpitaux ou autres établissements de santé. Puisque ces services de rayonnement sont financés à même les budgets des établissements de santé, ils sont vulnérables aux pressions budgétaires provenant des



Le CCNTA est heureux de constater que son examen des progrès de la mise en œuvre des services communautaires pour la population vieillissante ait révélé une constance au sein des politiques de toutes les provinces au sujet du développement de certains éléments clés, notamment les conseils de santé régionaux et les guichets uniques des réseaux de santé. Toutefois, le Conseil s'inquiète de l'absence de recanalisation des ressources nécessaires à l'expansion et à la consolidation des services communautaires à partir d'autres secteurs de la santé. Il s'inquiète aussi de ce que la disponibilité des services de soutien non médicaux et l'accès à ces services varient dans la plupart des provinces et territoires. Il s'agit là de services souvent très utiles au maintien de l'autonomie.

Dans son rapport *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné-e-s* de 1990, le Conseil affirmait que pour répondre aux besoins de santé en évolution d'une population vieillissante, les trois secteurs de services, soit l'informel, le communautaire et l'institutionnel, doivent être reconnus dans leur complémentarité mutuelle et comme parties intégrantes et d'importance égale d'un système complet de services. À ce jour, les preuves tirées des rapports et des consultations auprès des aîné-e-s, des fournisseurs de services, des représentants gouvernementaux et des experts, semblent indiquer que le secteur communautaire ne connaît pas une expansion proportionnelle aux compressions réalisées dans le secteur institutionnel. Cela pourrait nous amener à reporter un trop lourd fardeau sur les aidant-e-s informels, dont les épaules sont déjà surchargées.

Si l'on veut obtenir un système abordable, la réforme des services de santé signifie bien plus que le contrôle des coûts. Il s'agit plutôt de fournir des soins efficaces et appropriés qui répondent aux besoins changeants des Canadiennes et Canadiens. Le CCNTA incite fortement les gouvernements provinciaux et territoriaux à respecter leurs engagements envers l'expansion et la consolidation des services communautaires tout en maintenant des services institutionnels suffisants pour les aîné-e-s. Le Conseil encourage aussi le gouvernement fédéral à utiliser sa position privilégiée de chef de file et de bailleur de fonds pour appuyer les provinces et les territoires dans cette tâche.

## CONCLUSION

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soutiennent les bénévoles et les associations bénévoles qui promouvoient l'accès des aîné-es aux services communautaires socio-sanitaires qui sont adaptés aux cultures et qu'ils leur offrent de la formation.

#### Le CCNTA recommande aussi que:

Afin de répondre aux besoins des aîné-es provenant de groupes ethniques, le CCNTA a recommandé, dans *La position du CCNTA sur la formation en gérontologie* (1991), qu'on tienne compte des questions ethnoculturelles dans les programmes de formation de base et de perfectionnement en gérontologie et gériatrie et qu'on encourage, au moyen de subventions à l'éducation, la formation d'intervenants d'origine ethnique dans les domaines de la santé et des services sociaux pour qu'ils puissent travailler auprès des aîné-es. Ces recommandations demeurent pertinentes pour assurer un meilleur accès des aîné-es des minorités ethnoculturelles aux services communautaires. Sachant que la réussite dans l'adaptation des services de base aux différentes ethnies et à leur culture propre dépend de la participation active de plusieurs bénévoles venant des communautés ethnoculturelles,

Les personnes interrogées par le CCNTA ont fait remarquer que l'amélioration de l'accès aux services communautaires pour ces aîné-es se limitait habituellement à leur offrir des services dans leur langue, en particulier les services d'information ou de référence. Les centres de services dans les grandes villes sont en mesure d'offrir des services adaptés aux groupes ethniques dans la mesure où le personnel a été formé à intervenir auprès de cette clientèle ou si on compte parmi le personnel des membres de ces groupes ethniques. Si un groupe ethnique est suffisamment important au sein de la collectivité, des services véritablement adaptés au groupe peuvent être mis en oeuvre, habituellement grâce à l'aide financière généreuse et au travail des bénévoles de la collectivité ethnique même.

Depuis l'adoption de la politique d'immigration sur la réunification des familles, le nombre d'ainé-e-s appartenant à des minorités ethnoculturelles a augmenté au Canada. Environ 17 % des aîné-e-s canadiens sont nés à l'extérieur du pays. Parmi les habitants du Canada qui ne parlent ni anglais ni français, 55 % ont plus de 45 ans.<sup>30</sup> Les barrières linguistiques et religieuses, les différences culturelles ainsi que la dépendance économique sont autant de facteurs qui contribuent à réduire l'accès aux services de santé communautaires et aux services sociaux pour ce groupe d'ainé-e-s. Ceci est particulièrement vrai pour les aîné-e-s qui vivent à l'extérieur des grands centres urbains ou pour ceux qui appartiennent à des groupes ethniques moins reconnus ou établis.

#### 4. LES BESOINS DES AÎNÉ-E-S APPARTENANT À DES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES

Les gouvernements provinciaux et territoriaux planifient un nombre de places adéquat dans les établissements de soins prolongés.

##### Le CCNTA recommande que:

Afin de contrôler les coûts des soins de la santé, les provinces ont limité l'expansion des établissements de soins prolongés. Le danger de cette tendance est de se retrouver avec une pénurie réelle de places dans les établissements pour les aîné-e-s trop sérieusement handicapés pour demeurer dans leur collectivité. Les participant-e-s à la consultation du CCNTA s'inquiètent de ce que l'importance accordée aux soins communautaires puisse aussi conduire à un manque d'établissements de soins prolongés de qualité. Cette crainte est plus prononcée dans les collectivités rurales.

prolongés iront probablement grandissant, de concert avec l'augmentation du nombre d'ainé-e-s du quatrième âge; en fonction des projections démographiques et sanitaires, on estime que le nombre d'ainé-es en institution passera des 195 080 qu'il était en 1986 à 312 300 en 2011.<sup>29</sup>

En 1991, les aîné-e-s de 85 + ans constituaient 9 % de la population des 65 + ans. En 2011, ce pourcentage passera à 13 %. À l'heure actuelle, on estime que 23 % des hommes et 36 % des femmes de 85 + ans vivent en institution.<sup>26</sup> Le fait que les aîné-e-s de l'avenir auront bénéficié d'une meilleure éducation et de revenus supérieurs (et peut-être d'une meilleure santé), pourrait entraîner une diminution de la proportion d'ainé-e-s en institution.<sup>27</sup> De même, la mise en oeuvre d'un système efficace de soins communautaires pourrait ralentir la croissance de la demande de placement institutionnel ou même la réduire.<sup>28</sup> Quoi qu'il en soit, les besoins en établissements de soins

### 3.5 Les établissements de soins prolongés

**Le gouvernement fédéral établit des critères nationaux régissant les questions d'accès et la prestation d'un ensemble de services de base au chapitre des services sociaux et de santé, tout en liant le financement des provinces et territoires au respect de ces critères.**

#### Le CCNTA recommande que:

publique du Canada n'est commun à toutes les provinces et l'admissibilité aux services sociaux varie d'une province à l'autre.

Le gouvernement fédéral a indiqué qu'il envisageait le financement global de la santé, des services sociaux et de l'éducation. Transférer ainsi l'argent aux provinces et territoires sans établir de normes nationales pourrait déboucher sur une disparité encore plus grande, chaque province ou territoire étant tout à fait libre de décider de l'allocation des transferts fédéraux. Dans son document de travail sur la sécurité sociale, le gouvernement fédéral a redit son engagement à «protéger le financement d'une gamme étendue de services sociaux essentiels, notamment en matière de services aux personnes âgées et de dépenses liées à la santé.»<sup>25</sup> Cet engagement pourrait être respecté en rendant les transferts au chapitre des services sociaux et de santé conditionnels au respect, de la part des provinces, d'exigences fédérales concernant la fourniture de services de base qui seraient assortis de critères d'admissibilité semblables dans toutes les régions.



Le morcellement des services médicaux et des services sociaux est une des préoccupations soulevées lors des consultations du CCNTA. La grande disparité dans les services offerts dans les provinces et territoires en est le reflet. Cet état de choses est principalement dû aux différents arrangements entre les gouvernements fédéral et provinciaux en matière de services de santé et services sociaux. Contrairement aux soins de la santé, aucun ensemble de services de base financé par le Régime d'assistance

### 3.4 Le morcellement des services

Le CCNTA recommande que:

Les gouvernements provinciaux et territoriaux allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins en services communautaires dans chaque région.

Les gouvernements provinciaux et les conseils régionaux de la santé invitent le secteur des services communautaires à participer pleinement au processus de décision et de planification à titre de partenaire égal.

Et la dernière estime simplement que les services de santé communautaires sont considérés comme un simple figurant, tant du point de vue budgétaire qu'organisationnel dans le processus décisionnel global du système de soins de la santé. Ainsi, l'incidence de mesures comme la fermeture de lits d'hôpitaux ou de centres de soins prolongés sur les services communautaires serait mal étudiée et les ressources mal redistribuées.<sup>24</sup>

Les gouvernements provinciaux doivent affecter des ressources plus importantes aux services communautaires s'ils désirent atteindre leurs objectifs de réforme du système de soins de la santé. Les obstacles au financement raisonnable de ces services doivent être surmontés. Bien que des augmentations de ressources soient nécessaires, aucun objectif précis de financement ne peut être établi parce que celui-ci dépend entièrement des besoins en soins de la collectivité. Conséquemment,



Un cadre supérieur d'une société de soins à domicile établie dans sept provinces abonde dans le même sens:

Dans de nombreuses provinces, les organismes qui fournissent des services ont remarqué que les gouvernements achètent moins de services par utilisateur ou utilisatrice (mesurés en heures de service ou visites de professionnels) bien qu'ils desservent maintenant plus de personnes que voila quelques années<sup>17</sup> [traduction libre].

Parmi les conséquences du manque de services communautaires pouvant compenser les coupures faites dans les soins hospitaliers, notons celle des soins insuffisants offerts aux patients après leur congé de l'hôpital. Ce problème a été soulevé lors de la consultation du CCNTA et par le Conseil consultatif des aînés de l'Alberta.<sup>18</sup>

L'augmentation de la charge de travail pour les aidants-e-s naturels, qui assurent déjà près de 80 % des soins dispensés aux aînés-e-s,<sup>19</sup> est une autre conséquence malheureuse de cet état de choses. Le manque de services communautaires aura pour effet à long terme de faire augmenter les coûts du système de soins de la santé. Premièrement, les aidants-e-s éprouveront une plus grande fatigue physique et mentale et exigeront eux-mêmes plus de soins.<sup>20</sup> Deuxièmement, le manque de soutien structuré sous la forme de services de santé communautaires forcera éventuellement les aidants-e-s épuisés à se retirer de la scène, entraînant par le fait même un plus haut taux d'institutionnalisation pour les aînés-e-s.<sup>21</sup>

On a avancé certaines hypothèses qui expliqueraient pourquoi les économies réalisées dans le secteur des établissements de santé n'ont pas été réaffectées aux services communautaires. La première est que toute la rhétorique de la réforme du système de soins de la santé cacherait la véritable intention de reporter la responsabilité des soins des aînés-e-s sur les épaules des familles, principalement sur celles des femmes, afin de contrôler les coûts associés à une population vieillissante.<sup>22</sup> La deuxième veut que les économies réalisées par les compressions budgétaires des hôpitaux et autres établissements aient été submergées par les dépenses accrues au chapitre des

recommandations très claires à ce sujet contenues dans les rapports sur les politiques de soins de la santé.<sup>13</sup>

Plusieurs personnes interrogées par le CCNTA ont soulevé la question de la

suffisance de fonds alloués aux services communautaires. Des compressions budgétaires ont été infligées aux hôpitaux et autres établissements de santé, mais les économies ainsi réalisées ne semblent pas avoir été affectées à l'expansion ou à la consolidation des services communautaires. Dans un rapport sur les politiques de santé, la gérontologue

Neena Chappell exprime des préoccupations analogues : « Si les soins médicaux subissent des compressions sans qu'on ajoute aux services communautaires, les aîné-e-s

n'obtiennent pas un nouveau système de santé, mais plutôt un vieux système moins approprié »<sup>14</sup> [traduction libre]. Afin de prévenir cette situation, les chercheurs du projet des universités d'Ottawa et Queen's sur l'économie du système canadien de soins de la santé ont suggéré que « les services communautaires ou de remplacement soient mis en place avant la fermeture des hôpitaux, ceci afin d'assurer que les patient-e-s aient accès aux services nécessaires... »<sup>15</sup> [traduction libre].

Le CCNTA a accumulé des preuves selon lesquelles les efforts d'expansion des services de santé communautaires sans argent frais mènent à une réduction de services aux individus. La remarque suivante figure au rapport annuel de 1993-1994 du Conseil consultatif des aîné-e-s de l'Alberta.

Bien que les fonds alloués au programme de soins à domicile aient augmenté, ils demeurent insuffisants. Le programme doit servir une clientèle de plus en plus variée, dont les jeunes handicapés, les enfants handicapés et les patients ayant obtenu un congé avancé des hôpitaux de soins actifs. Dans certains cas, cette situation a eu pour effet de réduire les services offerts aux aîné-e-s qui en avaient besoin mais qui n'étaient pas en danger immédiat d'institutionnalisation<sup>16</sup> [traduction libre].

Les services communautaires représentent une faible part du budget des soins de la santé; ils ne s'élèveraient que de 2 à 4 % de tous les fonds provinciaux alloués aux hôpitaux, établissements de santé et soins communautaires.<sup>12</sup> Bien que les provinces aient, dans une certaine mesure, augmenté les budgets alloués aux services de santé communautaires, rien ne prouve encore qu'elles aient procédé à une véritable réallocation de fonds du secteur des établissements vers celui des services de santé communautaires, malgré les

### 3.3 Le financement des services communautaires

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux insistent, par des programmes d'éducation publique, sur les avantages que tireront les aîné-e-s et les aidant-e-s d'un système de soins utilisant le guichet unique.

#### Le GCNTA recommande que:

Pour réduire l'apprehension et les soupçons qui pourraient en retarder la mise en œuvre et l'acceptation,

Que le modèle de soins par guichet unique – permettant d'accéder à tous les services – soit offert dans toutes les collectivités afin d'assurer aux aîné-e-s l'accès au continuum de soins.

#### Le GCNTA réitère sa recommandation de 1990:

centrale des services sera réellement terminée. Par exemple, on a soulevé la question des aîné-e-s qui risqueraient d'être moins bien servis s'ils habitent une ville dépourvue d'un guichet d'accès. Le fait que le guichet unique forme une structure très bureaucratique en inquiète d'autres qui se demandent si les aîné-e-s ne risquent pas d'y perdre leur pouvoir décisionnel une fois qu'ils seront 'dans le système'.<sup>10</sup> Cette crainte est peut-être aggravée par certaines propositions voulant que le guichet unique ne soit pas simplement un mode de coordination mais plutôt le grand responsable de la prestation de tous les services.<sup>11</sup> Conséquemment,

Les personnes interrogées par le CCNTA ont, en règle générale, exprimé leur satisfaction au sujet de ce dernier développement parce qu'il amènera la coordination des services et la capacité de répondre aux besoins individuels d'une manière rapide et appropriée. Quelques personnes ont fait part de leurs préoccupations dans certaines provinces, mais il est à espérer que celles-ci seront balayées lorsque la coordination

Le modèle de coordination des services fondé sur le guichet unique est considéré comme un excellent système tant par les économies qu'il permet de réaliser que par la souplesse, la qualité et la continuité des soins qu'il permet d'offrir.<sup>9</sup> En adoptant une démarche personnalisée, les organismes de services coordonnés aident les aîné-e-s et leurs aidant-e-s à reconnaître leurs besoins, à fixer des objectifs et à obtenir un accès convenable et ponctuel à toute la gamme de services communautaires. Par exemple, la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et le Manitoba ont mis en oeuvre un modèle de soins prolongés utilisant le guichet unique, et d'autres provinces, dont l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard, sont à le faire.

### 3.2 Le modèle de soins de la santé par guichet unique

Les provinces et territoires offrent un ensemble de services de base couvrant le continuum de soins dans toutes les régions et établissent des normes de qualité et des protocoles provinciaux et territoriaux.

le CCNTA recommande que:

Afin que le droit à l'égalité de tous les Canadiennes et Canadiens soit respecté par le processus de régionalisation,

Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent que les aîné-e-s utilisateurs soient entièrement représentés dans le processus décisionnel et la planification locale en soins de la santé.

le CCNTA recommande que:



Afin de garantir que la régionalisation des soins de la santé atteigne ses principaux objectifs d'imputabilité de la collectivité,

de la qualité des services ou de l'accès aux services.<sup>8</sup>

régionalisation du processus décisionnel pourrait mener à des normes variables aux plans moins de pouvoirs que les fournisseurs de services ou les administrateurs. De plus, la s'inquiète toutefois de ce que les utilisateurs siègent à ces conseils aient, en réalité, d'un bon oeil la participation des utilisateurs aux conseils régionaux de la santé. On l'importance de rapprocher le processus décisionnel de la collectivité. Elles voient aussi et à accroître la participation de la collectivité. Plusieurs personnes ont souligné faire. La création de ces conseils visait à décentraliser la prestation des services de santé Les participant-e-s à la consultation du CCNTA nous ont confirmé que la plupart des provinces avaient mis en place des conseils régionaux de la santé, ou prévoyaient le

### 3.1 La décentralisation des décisions et de la prestation des soins de la santé

Le CCNTA a entrepris des consultations et une étude des rapports pertinents qui lui ont permis de mesurer les progrès accomplis au regard des propositions de politiques provinciales tout en cernant les défis qui subsistent.

## 3. L'ÉVALUATION DES DERNIERS DÉVELOPPEMENTS

Ces propositions trouvent leur source dans les objectifs de politiques communs à toutes les compétences. Parmi ces objectifs, soulignons les suivants : améliorer l'efficacité et l'économie du système de soins de la santé; contribuer au maintien de la santé; répondre à la demande d'une plus grande participation des patients, patientes, citoyens et citoyennes au processus décisionnel;<sup>6</sup> et rendre le processus d'établissement des priorités et d'allocation des ressources plus transparent et imputable.<sup>7</sup>



que le gouvernement fédéral réduisait graduellement ses paiements de transferts à ce chapitre. En vertu de la *Loi sur les programmes établis* de 1977, les provinces obtenaient une plus grande souplesse d'allocation des ressources du système de soins de la santé leur permettant de financer d'autres programmes que les seuls hôpitaux et services médicaux. En contrepartie, elles devaient défrayer une part plus importante des dépenses de soins de la santé. L'augmentation des dépenses de soins de la santé, la courbe de croissance démographique, les pressions des groupes d'ainé-e-s et la réalisation de recherches suggérant divers services de santé plus économiques, ont tôt fait de provoquer la tenue d'examen approfondis et l'élaboration de projets de réforme du système de soins de la santé dans toutes les provinces.

Ces projets de réforme dans toutes les provinces ont de nombreux points communs et tentent tous de répondre aux besoins en soins de la santé d'une population vieillissante.<sup>5</sup> D'ailleurs, tous les énoncés de politiques soulignent l'importance des valeurs d'indépendance, d'autodétermination, de sécurité et d'intégration sociale pour les aîné-e-s. Parmi les propositions communes sur les services de santé communautaires, notons les suivantes:

- La décentralisation de la prise de décisions, de la planification et de la prestation des services
- L'établissement d'un système coordonné des soins de la santé et des services sociaux à guichet d'accès unique
- La réallocation des ressources afin de déplacer le centre d'intérêt des soins en établissement vers les soins de santé communautaires
- L'élimination du morcellement entre les services sociaux et médicaux
- L'assurance d'une continuité des soins, incluant les soins en établissement.

Les arrangements de financement des soins de la santé entre le gouvernement fédéral et les provinces devaient être chambardés au cours de la décennie suivante, alors

l'intérieur d'un ministère donné.

de la santé et les services sociaux étaient offerts par différents ministères ou divisions à partiellement par le Régime d'assistance publique du Canada. Conséquemment, les soins d'assurance-maladie et les services sociaux, octroyés selon les moyens, couverts provinces ont donc développé un système combinant les soins de la santé couverts par soutien n'étaient pas jugés essentiels du point de vue strictement médical. La plupart des l'allocation de fonds du secteur des soins intensifs.<sup>4</sup> En règle générale, les services de services communautaires en injectant de l'argent frais au système, plutôt qu'en modifiant Vers la fin des années 1970, les provinces ont mis sur pied divers programmes de

insistantes.

communautaires en provenance des aîné-e-s et de leurs défenseurs devenaient plus était non seulement onéreux, mais de plus, les demandes de services de santé ayant des handicaps fonctionnels : l'ajout de lits dans les hôpitaux de soins prolongés ont vite compris que ce type de soins ne convenait pas au nombre croissant d'aîné-e-s (résidences pour personnes âgées ou hôpitaux pour malades chroniques). Les provinces maladies chroniques étaient dispensées par des établissements de soins prolongés Les soins couverts par l'assurance-maladie pour les personnes ayant des handicaps ou des santé visait à soigner les malades en offrant des services médicaux et d'hospitalisation. Lors de sa mise en œuvre au début des années 1970, le système canadien de soins de la

## 2. L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE SOINS COMMUNAUTAIRES

- En demeurant dans le même quartier et le même milieu culturel, les aîné-e-s conservent un sentiment de sécurité et d'appartenance qui les aide à se sentir intégrés à la société, malgré leurs handicaps.
- Puisque le domicile est le cadre normal de vie, le fait d'y demeurer permet de conserver d'importants liens avec les membres de la famille et les ami-e-s

formulé des recommandations précises visant à améliorer les services communautaires aux aîné-e-s.

## 1. LES AVANTAGES DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Les services communautaires sont l'ensemble des services offerts au sein d'une collectivité dans le but d'aider des personnes à conserver ou retrouver le maximum d'autonomie et d'indépendance en veillant à leur bien-être physique, mental ou social. Ces services comprennent, entre autres, les services d'information et de référence, les services de coordination, les services des divers professionnels de la santé, ainsi qu'une gamme de services de soutien (soutien personnel ou social, services de logement, promotion de la santé, services de répit et transport).<sup>1\*\*</sup> Ces services sont organisés, subventionnés et offerts par l'entremise d'organismes communautaires.<sup>2</sup> Les services de santé communautaires peuvent coûter moins cher que l'hospitalisation ou les soins prolongés en établissement;<sup>3</sup> ils constituent une meilleure façon de répondre aux besoins des nombreux aîné-e-s ayant des maladies chroniques; et surtout, ils correspondent aux désirs de la majorité des aîné-e-s de vieillir à leur domicile, ou de 'vieillir sur place' le plus longtemps possible.

Les personnes consultées par le CCNTA en 1994 ont réaffirmé que les services communautaires contribuaient à la qualité de vie des aîné-e-s de plusieurs façons, dont les suivantes:

- En demeurant à domicile, les aîné-e-s conservent leur confiance en eux et leur autorité à prendre des décisions; ce sentiment de contrôle réduit le stress et leur donne une certaine tranquillité d'esprit

**\*\* Toutes les références sont rassemblées à la fin du texte**

Depuis sa création en 1980, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a reconnu que l'accent placé sur la prestation de soins de santé en établissement devrait être reporté vers les centres de services communautaires afin de mieux répondre aux besoins de santé d'une population croissante d'ainé-e-s. De nombreux examens des politiques de santé effectués par les provinces vers la fin des années 1980 ont mené aux mêmes conclusions. Ainsi, pour mieux orienter cette expansion des services communautaires, le CCNTA a publié en 1990 un document intitulé *La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné-e-s*. Le CCNTA y recommande fortement que les services de santé communautaires soient reconnus comme faisant partie intégrante du système de prestation des soins de santé aux aîné-e-s, et cela, pour plusieurs raisons : ils préviennent ou reportent l'institutionnalisation; ils favorisent l'intégration sociale des aîné-e-s; ils répondent aux besoins changeants de leur santé de façon souple et intégrée; et, ils apportent un soutien aux aidant-e-s naturels.

Quatre années et une récession importante se sont écoulées depuis la parution de ce document de principes et l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé, a demandé au CCNTA de la conseiller sur « les failles qui pourraient apparaître dans le système de soins de la santé lors de la transition des soins en établissement aux soins communautaires ». Le Conseil a donc entrepris d'évaluer les progrès réalisés jusqu'à ce jour dans la mise en oeuvre des services de santé communautaires au Canada et d'en cerner les problèmes et failles. Il a étudié diverses critiques et examens récents des politiques de santé et a mené une consultation téléphonique auprès de 42 porte-parole d'associations d'ainé-e-s, de fournisseurs de services, de conseils consultatifs provinciaux, de hauts-fonctionnaires des gouvernements provinciaux et d'experts en soins de santé communautaires. Grâce aux renseignements ainsi recueillis, le CCNTA a

## LA POSITION DU CCNTA SUR LES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DESTINÉS AUX AÎNÉ-E-S: PROGRÈS ET DÉFIS INTRODUCTION

Afin que les aîné-e-s puissent continuer d'avoir accès, dans le continuum des soins de santé nécessaires et aux soins en établissement, le CCNTA recommande que :

Les gouvernements provinciaux et territoriaux prévoient, dans les exercices de planification un nombre de places adéquates dans les établissements de soins prolongés.

Enfin, pour répondre aux besoins des aîné-e-s des minorités ethnoculturelles, le CCNTA recommande que :

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux soutiennent les bénévoles et les associations bénévoles qui promouvoient l'accès des aîné-e-s aux services communautaires sociosanitaires qui sont adaptés aux cultures et qu'ils leur offrent de la formation.



Pour fournir des services communautaires dans une perspective qui améliore la qualité des soins ainsi que le rapport coût-efficacité, le CCNTA recommande que:

Le modèle de soins par guichet unique permettant d'accéder à tous les services soit offert dans toutes les collectivités afin d'assurer aux aîné-e-s l'accès au continuum de soins.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux insistent, par des programmes d'éducation publique, sur les avantages que tireront les aîné-e-s et les aidant-e-s d'un système de soins utilisant le guichet unique.

Pour garantir le financement adéquat des services communautaires, le CCNTA recommande que:

Les gouvernements provinciaux et territoriaux allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins en services communautaires dans chaque région.

Les gouvernements provinciaux et les conseils régionaux de la santé invitent le secteur des services communautaires à participer pleinement au processus de décision et de planification à titre de partenaire égal.

Pour réduire le morcellement entre les services médicaux et les services sociaux dans la plupart des provinces, le CCNTA recommande que:

Le gouvernement fédéral établisse des critères nationaux régissant les questions d'accès et la prestation d'un ensemble de services de base au chapitre des services sociaux et de santé, tout en liant le financement des provinces et des territoires au respect de ces critères.

## LA POSITION DU CCNTA EN BREF

Dans ce rapport, le CCNTA évalue les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s au Canada, et identifie les obstacles et les lacunes. Ce rapport se fonde sur un examen des politiques récentes de santé, et résulte également de consultations téléphoniques menées auprès de 42 porte-parole d'associations d'aîné-e-s, de fournisseurs de services, de conseils d'aîné-e-s provinciaux, des gouvernements provinciaux et d'experts en soins communautaires. Le CCNTA tient compte des progrès réalisés dans les domaines suivants : décentralisation de la prise de décision, de la planification et de la prestation de services; établissement d'un système coordonné des soins de la santé à guichet d'accès unique; réallocation des ressources vers les soins de santé communautaires; élimination du morcellement entre les services sociaux et médicaux; assurance d'un continuum des soins de santé incluant les soins de santé en établissement; prestation de services adaptés aux différentes cultures. Partant de ces données, le CCNTA a formulé les recommandations suivantes, qui visent à améliorer les services communautaires destinés aux aîné-e-s.

Pour garantir aux aîné-e-s l'accès aux services communautaires dans un contexte de régionalisation de prise de décision et de prestation de services, le CCNTA recommande que:

Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent que les aîné-e-s utilisateurs soient entièrement représentés dans le processus décisionnel et la planification locale en soins de la santé.

Les provinces et territoires offrent un ensemble de services de base couvrant le continuum de soins dans toutes les régions et établissent des normes de qualité et des protocoles provinciaux et territoriaux.

## VALEURS DU CCNTA

Le CCNTA croit que:

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.
- Les aîné-e-s ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance, droit de prendre leurs propres décisions, y compris de 'vivre à risque'.
- Les aîné-e-s doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes.
- Les aîné-e-s doivent pouvoir compter sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de la santé et sur la présence d'une gamme de programmes et de services capables de soutenir leur autonomie, cela, dans toutes les régions du pays. Les politiques et les programmes doivent aussi tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aîné-e-s.

## EN QUOI CONSISTE

### LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1<sup>er</sup> mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des personnes âgées. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aîné-e-s, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

### MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

#### Président

John E. MacDonald

#### Membres

Hortense Duclos  
Gerald Hodge  
Bernice MacDougall  
Juliette Pilon  
Douglas Rapelje  
Patricia Raymaker  
Médard Soucy  
Mary Ellen Torbin  
Joyce Thompson  
Paul Wong

Inverness (Nouvelle-Ecosse)

Montréal (Québec)  
Vancouver (Colombie-Britannique)  
Estevan (Saskatchewan)  
Sudbury (Ontario)  
Welland (Ontario)  
Calgary (Alberta)  
Baie-Comeau (Québec)  
Gloucester (Ontario)  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)  
Peterborough (Ontario)

Pour obtenir de l'information sur ce rapport, communiquez avec le:

Conseil consultatif national sur le troisième âge  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9  
tél: (613) 957-1968  
fax: (613) 957-7627

John MacDonell, MD, FRCPC(C)  
Président

Susan Fletcher  
Directrice exécutive  
Direction des aînées et aînés

La Direction des aînées et aînés fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

**LA POSITION DU CCNTA SUR...** contient les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aîné-e-s, ainsi qu'aux questions liées au vieillissement de la population.

1<sup>ère</sup> impression, 1995.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1995  
N° de cat.: H-71-2/2-16-1995  
ISBN: 0-662-61701-0



**LA POSITION DU CCNTA  
SUR LES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES  
DESTINÉS AUX AÎNÉ-E-S: PROGRÈS ET DÉFIS**

**Cette position a été adoptée à l'unanimité par  
les membres du CCNTA à la 41<sup>e</sup> réunion  
du Conseil, les 7 au 9 février 1995**

**Conseil consultatif national sur le troisième âge**



# La position du CCNTA

sur les services de santé communautaires  
destinés aux aîné-e-s: progrès et défis

N° 16



Conseil consultatif national  
sur le troisième âge